**Annexe 93**

**PRESCRIPTION MEDICALE pour du matériel de stomie (art. 27)**

***(à compléter par stomie/fistule)***

**1.Identification du bénéficiaire (ou vignette de la mutualité)**

Nom et prénom du bénéficiaire: ………………………………………………………...

Adresse: …………………………………………………………………………………………………….…..

Numéro d’Identification à la Sécurité Sociale: ..................-..............-……..

Nom ou numéro de la mutualité: ………………………………………………..

**2. Motivation médicale**

□ Nouvelle stomie créée, date de l’opération: …../……/………

□ Stomie existante

□ Réopération de la stomie existante, date de l’opération: ……/ ……/……

□ Date de l’apparition de la fistule: ……/……/……….

□ Fistule existante

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Type de stomie | Convexe/concave | Situation exceptionnelle | *Cochez ce qui est d’application* |
| *Système digestif*  **□** colostomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |
| *Système digestif*  **□** iléostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |
| *Système urinaire*  **□** urostomie  **□** cystostomie  **□** fistule  **□** autre stomie | non | non | **□** |
| oui | **□** |
| oui | non | **□** |
| oui | **□** |

**Motivation pour l’utilisation de systèmes convexes/concaves:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………..***

**□** Première fois

du mois de ….../ …… au mois de ……. /……. inclus (max 12 mois)

**□** Prolongation

du mois de ….../ …… au mois de ……. /……. inclus (max 12 mois)

**Motivation pour une situation exceptionnelle:**

□ Problèmes exceptionnels sur le plan clinique et/ou relatifs aux caractéristiques de la stomie ou de la fistule comme le type, la forme et la localisation.

Description:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

□ Augmentation anormale des excrétions suite à une modification de consistance, fréquence ou de volumes de celles-ci.

Description:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

□ Problèmes exceptionnels au niveau des caractéristiques physiques ou des caractéristiques cutanées de la stomie ou de la fistule, comme la sensibilité, la prédisposition allergique et l’humidité de la peau.

Description:……………………………………………………………………………………………………………………………………

***..……….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………***

□ Première fois

du mois de ….../ …… au mois de ……. /……. inclus (max 6 mois)

□ Prolongation

du mois de ….../ …… au mois de ……. /……. inclus (max 24 mois)

Systèmes d’irrigation

|  |
| --- |
| □ Premier set d’irrigation manuelle |
| □ Première pompe d’irrigation |

**3. Identification du médecin prescripteur**

Nom et prénom:

Numéro INAMI:

Date …./…../…………

Signature du médecin prescripteur: